



ESTADO DE NEVADA  
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
**Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud**  
 Oficina para Pacientes Hospitalizados  
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101  
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586  
 Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

<b>SÓLO PARA USO DE LA OFICINA</b>		
OCHA CASE #	_____	
OMBUDSMAN:	_____	
SCANNED:	BY: _____	DATE: _____

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA

**TENGA EN CUENTA QUE ESTA OFICINA NO BRINDA ASISTENCIA FINANCIERA**

Antes de presentar una Solicitud de Asistencia con la Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud (OCHA), Oficina para Pacientes de Hospital, primero debe comunicarse con su compañía de seguro de salud/hospital, para intentar resolver el/los problema(s). Si no recibe una respuesta satisfactoria, complete este formulario y firme el formulario adjunto "Consentimiento/Autorización para el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud – Información Confidencial", y envíelo a la dirección que aparece en el formulario. Adjunte copias de todos los documentos correspondientes relacionados con su Solicitud de Asistencia. **Entiendo que una copia de este formulario de Solicitud de Asistencia podría ser proporcionada al plan de salud/plan de compensación para trabajadores, u otra entidad, según sea necesario.**

ES LA POLÍTICA DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DE SALUD AL CONSUMIDOR RETIRARSE DE LOS SERVICIOS DE DEFENSORÍA SI EL CONSUMIDOR ES REPRESENTADO POR UN ABOGADO. AÚN PODREMOS PROPORCIONAR INFORMACIÓN/EDUCACIÓN CON RESPECTO A SU PROBLEMA PERO NO PODREMOS PROPORCIONAR ASESORÍA, LEGAL O DE OTRO TIPO.

**¿Está usted actualmente representado por un abogado para esta problema?**                      **SI**                      **NO**

**¿Hay actualmente una demanda en curso o pendiente?**                                              **SI**                      **NO**

NOMBRE DEL CONSUMIDOR / PACIENTE SOLICITANDO AYUDA \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELÉFONO ALTERNO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ ORIGEN ETNICO \_\_\_\_\_ ESTADO MARITAL \_\_\_\_\_

NUMERO DE DEPENDIENTES \_\_\_\_\_ ESTADO DE EMPLEO (POR FAVOR CIRCULE)    EMPLEADO    DESEMPLEADO

TIEMPO COMPLETO    MEDIO TIEMPO    FUENTE(S) DE INGRESO    SALARIO    SEGURO SOCIÁL    PENSIÓN

INGRESO MENSUAL \$ \_\_\_\_\_ DESEMPLEO    OTRO

¿CUÁNTAS PERSONAS EN SU HOGAR SUSTENA ESTE INGRESO? \_\_\_\_\_

¿TIENE ACTUALMENTE UNA CONDICIÓN DE SALUD?    SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA? \_\_\_\_\_

SI FUE REFERIDO POR UNA AGENCIA ESTATAL O FEDERAL, ¿QUÉ AGENCIA? \_\_\_\_\_

¿ERES VETERANO?    SI    NO



**CIRCULE Y COMPLETE LA CATEGORÍA QUE MEJOR DESCRIBE SU PROBLEMA:**

<b>Compensación laboral</b>	Fecha de la lesión: _____ Parte del cuerpo: _____ Compañía de seguro/tercero administrador: _____ N.º de teléfono: _____ N.º de reclamo: _____ Nombre del Empleador: _____
<b>Medicare/Medicaid</b>	N.º de ID de Medicare/Medicaid _____ Plan de Medicare Advantage (Por ejemplo: Senior Dimensions, Humana)    SI    NO    No sé Nombre del plan de Medicare Advantage: _____
<b>Seguro</b>	Compañía de seguro: _____ N.º de teléfono _____ N.º de póliza/grupo _____ N.º de Identificación _____ ¿Se ha comunicado con la compañía de seguro?    SI    NO    Nombre del contacto: _____
<b>Facturación del hospital</b>	Nombre del hospital: _____ N.º de teléfono _____ <b>(Por favor, adjunte una copia de todas las facturas)</b>
<b>Facturación del médico</b>	Nombre del médico/proveedor de servicios de cuidado de salud: _____ N.º de teléfono _____ <b>(Por favor, adjunte una copia de todas las facturas)</b>
<b>Sin seguro médico</b>	¿Cuánto tiempo ha estado sin seguro médico? ____ Año(s) ____ Mes(es) ¿Ha utilizado hasta ahora recursos de la ciudad, el condado, el estado, o federales?    SI    NO De ser así, cuales ha utilizado? _____ ¿Es usted residente de Nevada elegible para comprar un seguro de salud?    SI    NO

**POR FAVOR, DESCRIBA SU PROBLEMA O PREOCUPACIÓN: (UTILICE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)**

---



---



---

**¿CUÁL SERÍA PARA USTED UNA RESOLUCIÓN JUSTA DE SU PROBLEMA/PREOCUPACIÓN?**

---



---



---

*Certifico que la información suministrada en la presente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.*

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del consumidor o \*representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



ESTADO DE NEVADA  
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
**Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud**  
 Oficina para Pacientes Hospitalizados  
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101  
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586  
 Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

## DESIGNACIÓN DE OCHA COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO

(Complete este formulario ÚNICAMENTE si está asegurado.)

NOMBRE _____		N.º DE CASO DE GovCHA _____	
DOMICILIO _____	CIUDAD _____	ESTADO ____	ZIP CODE _____
N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL _____		N.º DE TELÉFONO ALTERNO _____	
NOMBRE DEL PLAN DE SALUD _____	N.º DE TELÉFONO _____	N.º DE RECLAMO _____	
N.º DE IDENTIFICACIÓN DE PÓLIZA/GRUPO _____	N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO _____		

Yo, por la presente, designo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud (OCHA), Oficina para Pacientes Hospitalizados para actuar como mi representante para solicitar una reconsideración de una denegación de cobertura/reclamo por parte del plan de salud mencionado anteriormente. Autorizo OCHA a realizar la solicitud de apelación, presentar o recabar evidencia, a obtener información de apelaciones, y a recibir cualquier aviso en conexión con mi apelación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser divulgada a esta persona. NRS223.500

X \_\_\_\_\_  
**Firma del consumidor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

\_\_\_\_\_  
**Appointed Representative**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Appointed GovCHA Representative**

Above appointment accepted by GovCHA? YES NO

\_\_\_\_\_  
**Date**